Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

34 233 Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb

Nr. 5 VERSLAG

Vastgesteld 15 juli 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave **blz.**

1. Aanleiding

De leden van de **PvdA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-Pgb. Deze leden zijn zeer tevreden met de borging van het persoonsgebonden budget (pgb) in de Zvw. Genoemde leden hechten groot belang aan de verankering van het pgb in de Zorgverzekeringswet; met het pgb hebben mensen de mogelijkheid tot meer eigen regie in de zorg en meer keuzevrijheid om de zorg die ze nodig hebben zodanig in te richten zoals zij willen. Regie over eigen zorg betekent meer regie over eigen leven. Daar zijn deze leden zeer voorstander van. Wel hebben zij nog enkele vragen rondom deze wetswijziging.

kst-34233-5
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

De leden van de **SP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb. Genoemde leden hebben naar aanleiding van het wetsvoorstel onderstaande opmerkingen en vragen. Door middel van het wetsvoorstel worden zorgverzekeraars verplicht in alle polissen de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget ter vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging op te nemen. De leden van de SP-fractie vinden het positief dat door middel van dit voorstel een wettelijke grondslag ontstaat voor de Zvw-pgb.
De leden van de SP-fractie betreuren de vertraging die de regering heeft opgelopen met dit wetsvoorstel. Waarom is dit gedeelte niet gewoon uit de afgestemde wet gelicht en in januari aan de Kamer voorgelegd? Welk doel heeft het gediend om dit wetsvoorstel nog even boven de markt te laten hangen?

De leden van de **CDA-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel waarbij een persoonsgebonden budget als restitutievorm onder bepaalde voorwaarden in de zorgverzekeringswet wordt opgenomen. De leden van de CDA-fractie delen de mening van de Raad van State dat er feitelijk niet gesproken mag worden van een persoonsgebonden budget, omdat het gaat om het achteraf vergoeden van wijkverpleging. Deze leden vinden het teleurstellend dat er bij het opnieuw aanbieden van het wetsvoorstel niet van de mogelijkheid gebruik is gemaakt het wetsvoorstel vanuit het perspectief van de budgethouder/gebruiker te verbeteren. Genoemde leden hebben tijdens de eerdere behandeling bijvoorbeeld gepleit voor de mogelijkheid van bevoorschotting.
De leden van de CDA-fractie vinden dat de flexibiliteit van het gebruik van het persoonsgebonden budget meer op de voorgrond moeten komen te staan bij de verdere behandeling van het wetsvoorstel. Nergens in het wetsvoorstel wordt de cliënt/patiënt – budgethouder-centraal gesteld. Het financieel houdbaar houden van enkel deze regeling zonder daarbij rekening te houden met de gevolgen voor andere zorgdomeinen (Wlz/Wmo) staat wat deze leden betreft te veel op de voorgrond. De leden van de CDA-fractie vragen of deze beperkte regeling niet gaat leiden tot een toename van indicatieaanvragen in de Wet langdurige zorg. Graag een uitgebreide reactie van de regering op dit specifieke punt.
Uit het wetsvoorstel blijkt vooral dat de zorgverzekeraar de regie over het persoonsgebonden budget in de Zorgverzekeringswet krijgt. De leden van de CDA-fractie vragen daarom waarom de regering steeds benadrukt dat met dit wetsvoorstel «de regie bij de budgethouder wordt neergelegd». Daarbij willen genoemde leden graag weten wat bij de regering voorop staat: fraudebestrijding of eigen regie voor patiënten. Al eerder hebben deze leden de regering gevraagd inzicht te geven in de hoeveelheid fraude die daadwerkelijk heeft plaatsgevonden

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorgenomen wijziging, maar hebben hierover nog wel enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de **D66-fractie** hebben met gemengde gevoelens kennisgenomen van voorliggend wetsvoorstel. Zij tonen zich enerzijds verheugd dat het wetsvoorstel, dat het pgb verankert in de Zvw, nu aan de Kamer wordt voorgelegd, zodat het Zvw-pgb eindelijk een wettelijke basis krijgt. Tegelijkertijd hebben zij grote zorgen of verzekerden met het pgb in de Zvw, zoals dat nu in de praktijk door zorgverzekeraars wordt ingezet, er in vergelijking met de situatie van voor 1 januari 2015 materieel niet op achteruit gaan. Dat kan in de ogen van deze leden namelijk niet de bedoeling zijn geweest van de stelselwijziging. Zij hebben daarom nog enkele vragen, die zij de regering hierbij voorleggen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het nemen van regels betreffende een Zvw-pgb. Deze leden zouden graag zien dat het Zvw-pgb spoedig wordt verankerd in de Zorgverzekeringswet. Door het wettelijk verankeren van het Zvw-pgb neemt de keuzevrijheid binnen de zorg in natura polissen toe. Ook zorgt het Zvw-pgb ervoor dat cliënten meer regie over hun eigen zorg krijgen. Deze wetswijziging was eerder een onderdeel van een grote wetswijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw), die door de Eerste Kamer werd verworpen. Omdat er brede politieke steun was voor het verankeren van het pgb binnen de Zvw wordt dit onderdeel opnieuw ingediend. Gelukkig zijn zorgverzekeraars na het verwerpen van de wet met het Ministerie van VWS overeengekomen dat zij het Zvw-pgb al per 2015 toegankelijk zouden maken. Doordat er al ruim een half jaar wordt gewerkt met een Zvw-pgb, biedt dit de kans om meer precies dan eerder op deze wetswijziging in te gaan. Ook hechten deze leden waarde aan het advies van de Raad van State, waaraan eerder geen advies is gevraagd. Daarom stellen zij de volgende vragen over het wetsvoorstel:
De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag een overzicht willen ontvangen over het aantal zorgverzekerden dat op dit moment een pgb ontvangt. Op welke grond en voor welke zorg ontvangen zij dit pgb?
De leden van de ChristenUnie-fractie vragen waarom deze wetswijziging, 34 233, inhoudelijk afwijkt van de nota van wijziging van het eerdere wetsvoorstel 33 362. Waarom is ervoor gekozen om de invulling van de algemene maatregel van bestuur nader te omschrijven? Zo zijn in het nieuwe wetsvoorstel artikelen 3b en c opgenomen. Artikel b bepaalt dat vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van een Zvw-pgb. En artikel 3c bepaalt dat andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, met een Zvw-pgb vergoed kunnen worden. Deze leden wensen graag een toelichting op het toevoegen van deze twee artikelen.

De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben met veel interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel om het pgb in de zorgverzekeringswet te verankeren. Helaas betekende het onderbrengen van het voorstel voor het invoeren van een pgb in de zorgverzekeringswet in een ander wetsvoorstel, dat de invoering van het pgb in de zorgverzekeringswet vertraging op heeft gelopen. Genoemde leden hechten veel belang aan een volwaardige pgb-mogelijkheid in alle zorgwetten en zij zien in een afzonderlijk wetsvoorstel voor het wettelijk verankeren van het pgb-zvw dan ook een belangrijke symbolische waarde.

De leden van de **SGP-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel waarmee het pgb ook in de Zorgverzekeringswet wettelijk verankerd wordt. Zoals bekend hechten deze leden veel aan keuzevrijheid en eigen regie van cliënten, en het pgb is daartoe een prachtig instrument. Deze leden hebben nog wel een aantal vragen over de vormgeving van dit instrument in het wetsvoorstel.

Het lid van de **50PLUS-fractie** heeft met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zvw-pgb. Dit lid heeft hierover nog wel enkele vragen en opmerkingen.

2. De verankering van het Zvw-pgb

De leden van de **PvdA-fractie** lezen dat de wijze waarop het Zvw-pgb wordt vastgelegd, aansluit bij de systematiek van de Zvw. Dat lijkt deze leden logisch. Echter, de uitgangspunten van een pgb mogen hier wat

deze leden betreft nooit verloren gaan. Zijn er signalen dat zorgverzekeraars sturen op het niet kunnen nemen van een pgb? Deze leden lezen dat zorgverzekeraars de opdracht krijgen om in de modelovereenkomst op te nemen onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb en dat het hierbij gaat om voorwaarden en bestuurlijke afspraken die tussen ZN, Per Saldo en de Minister en Staatssecretaris zijn afgesproken. Verder lezen zij dat zorgverzekeraars, conform de afspraken die gemaakt zijn, aanvullende voorwaarden kunnen opnemen in hun polissen. Om welke voorwaarden gaat het dan? Welke zorgverzekeraars nemen nadere voorwaarden in de polis op? Sturen zorgverzekeraars met deze voorwaarden op het niet kunnen kiezen van een pgb? De leden van de PvdA-fractie vinden het belangrijk dat mensen kunnen blijven kiezen voor een pgb. Zij ontvangen graag een nadere toelichting van de regering.
Zij lezen verder dat de regering de mogelijkheid heeft de voorwaarden nader in te vullen als de zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden, als blijkt dat zorgverzekeraars niet kunnen sturen op kwaliteit van zorg of beheersbaarheid van het instrument. Kan de regering dit toelichten? Is de regering het eens dat kwaliteitseisen voor zorg dat middels een gegeven wordt soms anders ligt dan de kwaliteitseisen van volledig professionele zorgverleners? Hoe gaan zorgverzekeraars om met de sturing van kwaliteit van zorg rondom het pgb? Graag ontvangen deze leden een nadere toelichting.
Er kunnen, zo lezen deze leden, via amvb regels worden gesteld over de hoogte van de vergoeding aan de verzekerde van de met een Zvw-pgb verkregen zorg. Er kunnen maximumvergoedingen gesteld worden aan zowel professionals als niet-professionals. Kunt u nader toelichten hoe de uurtarieven van het pgb onder zorgverzekeraars tot stand komen voor verpleging en verzorging? Wanneer worden de tarieven bekend gemaakt? Hoe wordt omgegaan met budgethouders die langlopende contracten met zorgverleners hebben en daar al afspraken over uurtarieven in hebben? Hoe wordt er mee omgegaan wanneer blijkt dat deze uurtarieven hoger liggen dan de maximum tarieven? Graag een nadere toelichting.
Deze leden vragen wel of de hoogte van het budget wel voldoende geborgd is om die zorg te kunnen bieden die mensen nodig hebben. Kan hier een nadere toelichting op gegeven worden? Hoe wordt gemonitord of mensen met het Zvw-pgb nog op voldoende wijze hun zorg kunnen inrichten? Deze leden hebben signalen gekregen dat er geld wordt in gehouden van het pgb om administratieve kosten te dekken. Deze leden vinden dit niet wenselijk. Welke zorgverzekeraars doen dit? Wat is het oordeel van de regering hierover? Wordt er ook geld in gehouden van budget voor andere zaken?
De leden van de PvdA-fractie vinden het mooi dat het wetsvoorstel ruimte biedt om te bepalen dat andere vormen van zorg of andere diensten die onmiddellijk samenhangen met de verkregen wijkverpleging vanuit het Zvw-pgb kunnen worden vergoed en dat het hierdoor mogelijk is bijvoorbeeld kortdurend verblijf voor kinderen die wijkverpleging ontvangen met het Zvw-pgb bekostigd kunnen worden. Kan aangegeven worden welke vormen van deze samenhangende zorg worden aangeboden binnen de ruimte die het wetsvoorstel biedt?
Genoemde leden hebben signalen ontvangen dat sommige zorgverzekeraars niet op de hoogte zijn van het feit dat zorg in natura gecombineerd kan worden met het Zvw-pgb. Op welke wijze gaat de regering helder maken aan alle zorgverzekeraars deze combinatie dienen aan te bieden? Hoe gaat de regering optreden wanneer blijkt dat zorgverzekeraars zich niet aan deze afspraak houden?

Inmiddels is het pgb voor wijkverpleging al ingevoerd, zij het nog niet op wettelijke basis. Welke ervaringen kan de regering inmiddels met de Kamer delen, zo vragen de leden van de **SP-fractie.** Hoeveel mensen hadden in 2014 een pgb en hebben die behouden? Hoeveel mensen

hebben bij de herindicatie een afwijzing gekregen en hoeveel mensen bij de eerste aanvraag? Op welke gronden worden pgb's niet verstrekt? Welke afwijzingsgronden worden gehanteerd en welke verschillen zijn daarin te zien tussen verschillende zorgverzekeraars? Zijn ook mensen vrijwillig overgestapt van pgb naar zorg in natura vergoeding? Hoeveel mensen hebben bezwaar gemaakt tegen een (her)indicatie? Hoeveel hebben zich daarvan gemeld bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ)? Welke verschillen ziet de regering tussen zorgverzekeraars in hun verstrekkingen beleid? Hoe hebben de tarieven zich ontwikkeld en welke verschillen zijn te zien tussen zorgverzekeraars? Hoeveel mensen zijn inmiddels geherindiceerd en hoeveel mensen moeten nog een herindicatie krijgen? Is bekend hoeveel mensen daadwerkelijk een bewust keuze gesprek krijgen en hoe gaan verschillende zorgverzekeraars daar mee om? Leidt dit instrument tot andere uitkomsten dan de aanvraag en zo ja, in hoeveel van de gevallen? Graag krijgen de leden van de SP-fractie zoveel mogelijk feiten.

De regering geeft in de memorie van toelichting aan dat het wetsvoorstel zoals nu voorligt, grotendeels overeenkomt met het voorstel zoals het eerder was voorgelegd (wetsvoorstel 33 362). De leden van de SP-fractie vragen om een toelichting op de term «grotendeels». Kan de regering een helder en volledig overzicht geven van de verschillen tussen het nu voorliggende wetsvoorstel en het eerdere wetsvoorstel? Wat zijn de verschillen en wat zijn de redenen voor die verschillen?

De regering kiest ervoor om bepaalde zaken te regelen via een algemene maatregel van bestuur (amvb). De leden van de SP-fractie vragen de regering toe te lichten waarom voor de volgende vier onderdelen er voor gekozen is dit per amvb te regelen en waarom dit niet in de wet zelf wordt vastgelegd:

1. Onder welke voorwaarden de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb;
   Een afgebakende doelgroep komt in aanmerking voor een Zvw-pgb, de leden van de SP-fractie vragen de regering toe te lichten hoe zij van plan is de doelgroep af te bakenen. Wat zijn zowel de inclusie- als de exclusiecriteria waaraan wordt gedacht? Klopt het vervolgens dat deze per zorgverzekeraar gaan / kunnen verschillen? Zo ja, hoeveel vrijheid krijgen de zorgverzekeraars om dit zelf in te vullen? De regering geeft aan dat indien in de praktijk mocht blijken dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, de regering dan de mogelijkheid heeft om de voorwaarden nader in te vullen. De leden van de SP-fractie vragen hoe en door wie dit wordt gemonitord? Wie bepaalt of een afspraak niet voldoende tot uitwerking is gekomen? Wanneer wordt er door de regering tot actie overgegaan?
2. De vormen van zorg of overige diensten die kunnen worden uitgezonderd van het Zvw-pgb;
   Kan de regering aangeven welke typen zorg en welke diensten op voorhand worden uitgesloten van het Zvw-pgb, en op basis van welke redenen die uitsluiting plaatsvindt? Het voorbeeld van kraamzorg wordt genoemd, maar de leden van de SP-fractie vragen of er reeds een uitgebreidere lijst bestaat van uit te zonderen vormen van zorg of diensten. De Raad van State oordeelt dat het pgb eigenlijk een vreemde figuur is in de Zorgverzekeringswet, zeker als het gaat om naturapolissen. Garandeert de regering dat deze mogelijkheid niet gebruikt zal worden om wijkverpleging in de toekomst uit te kunnen zonderen van pgb-financiering.
3. Andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaan met verblijf in verband met geneeskundige zorg, met een Zvw-pgb vergoed kunnen worden;
4. De mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

De leden van de SP-fractie constateren dat door het wetsvoorstel de zorgverzekeraars veel macht hebben gekregen. Zij kunnen voorwaarden stellen in modelovereenkomsten, contracteren zorgaanbieders en kopen de zorg in. Vindt de regering dit wenselijk, heeft zij voldoende mogelijkheden om in te grijpen als de zorgverzekeraars zich niet aan de afspraken houden? Zijn deze amvb's bedoeld om de macht in te perken en zo ja, wanneer verwacht de regering deze instrumenten in te zetten? Met andere woorden, wanneer worden grenzen van het betamelijke overschreden en ziet de regering een rol voor zichzelf weggelegd om de zorgverzekeraars te disciplineren? Liggen er wellicht al uitgewerkte amvb's klaar en op welke terreinen dan?

De leden van de **CDA-fractie** vinden het onduidelijk wanneer er precies gekozen gaat worden om via een amvb nadere regels te stellen. Enerzijds stelt de regering dat zorgverzekeraars nu eenmaal de vrijheid hebben nadere regels te stellen. Anderzijds stelt de regering dat mocht in praktijk blijken dat gemaakte bestuurlijke afspraken niet voldoende zijn omdat er onvoldoende gestuurd kan worden op kwaliteit van geboden zorg er nadere regels worden gesteld. Kortom, kan de regering meer duidelijkheid scheppen over wanneer het nu onder de vrijheid van zorgverzekeraars valt en wanneer er overgegaan zal worden tot het stellen van nadere regels?
In de memorie van toelichting stelt de regering dat er maximumtarieven voor zowel professionals als voor niet-professionals worden gesteld. En dat de vergoedingen voor niet-professionals zoveel mogelijk in lijn worden gebracht met vergelijkbare vergoedingen uit het besluit langdurige zorg (pgb-Wlz). Wat wordt bedoeld met zoveel mogelijk in lijn gebracht? De leden van de CDA-fractie concluderen uit het bovenstaande dat de verdeling van het verschil tussen een tarief zorg in natura en het pgb tarief van 100% en ongeveer 75% wordt losgelaten? Hebben deze leden dat juist begrepen? Zo ja, waarom is dat het geval? En begrijpen deze leden nu goed dat er onderzoek gedaan wordt naar een niet-professioneel tarief? Zo ja, is dit onderzoek gereed bij de plenaire behandeling van dit wetsvoorstel?
Denkt de regering niet dat het invoeren van een niet-professioneel tarief enerzijds kan leiden dat mensen juist meer, duurdere professionele zorg gaan inkopen en anderzijds kan gaan leiden tot een toename van het aantal opnames in instellingen voor langdurige zorg? Waarom denkt de regering van wel en waarom denkt de regering van niet. Kan deze vraag ook worden meegenomen bij de monitoring?

Naast de opdracht aan zorgverzekeraars om het Zvw-pgb in iedere zorgpolis op te nemen, voorziet artikel 13a Zvw met het derde lid in een grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (amvb) nadere regels te stellen, zo lezen de leden van de **PVV-fractie**. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de voorwaarden waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Met deze constructie is aangesloten bij de systematiek van de Zvw waarin zorgverzekeraars de vrijheid hebben de voorwaarden zelf in te vullen. Zoals overeengekomen doen zij dat in lijn met de gemaakte bestuurlijke afspraken. Mocht in de praktijk blijken dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, dan heeft de regering de mogelijkheid de voorwaarden nader in te vullen. Waarom is er niet voor gekozen om direct vanuit de regering nadere voorwaarden in te vullen, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Moet het Zvw-pgb niet voor iedere burger beschikbaar zijn, onder dezelfde voorwaarden, niet afhankelijk van bij welke zorgverzekeraar iemand verzekerd is? Verpleging en verzorging is toch gewoon onderdeel van het basispakket, dus wordt hiermee niet nog meer rechtsongelijkheid gecreëerd, net als onder de Wmo?

Het invullen van nadere regels door de regering kan onder andere van toepassing zijn als in de praktijk blijkt dat zorgverzekeraars zonder nadere regelgeving onvoldoende kunnen sturen op kwaliteit van de geboden zorg of beheersbaarheid van het instrument. Is het pgb er niet juist voor bedoeld, dat mensen zelf de zorg in kunnen kopen op basis van de kwaliteit die zij het beste vinden, dat de eisen die zij aan de zorgverlening stellen leidend moet zijn? Deze leden vragen of met het stellen van aanvullende kwaliteitseisen de basis niet onder het pgb wordt uitgeslagen. Hoe verhoudt deze bepaling zich tot het onderscheid dat wordt gemaakt in de tarieven voor professionals niet professionals?
Ook kunnen bij amvb regels worden gesteld over de hoogte van de vergoeding aan de verzekerde van de met een Zvw-pgb verkregen zorg. Hierdoor kunnen maximumvergoedingen voor zowel «professionals» als voor «niet-professionals» worden gesteld onder de Zvw. De leden van de PVV-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om direct de tarieven vast te stellen. Het lijkt deze leden niet gewenst dat individuen met de zorgverzekeraars moeten onderhandelen over tarieven.
De vergoedingen voor «niet-professionals» zullen zoveel mogelijk in lijn worden gebracht met de vergelijkbare vergoedingen in het Besluit langdurige zorg betreffende het Wlz-pgb. Waarom «zo veel mogelijk»? Welke afwijkingen kunnen er zijn en waarom?
Er is afgesproken dat verzekerden die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit voor de AWBZ-aanspraak verpleging en verzorging hadden, en daarmee zorg inkochten met een pgb, per 1 januari 2015 een recht op het Zvw-pgb zouden krijgen. Voor deze groep verzekerden geldt dat zij dit recht houden voor de duur van die indicatie, maar uiterlijk tot 1 januari 2016. Waarom is hiervoor gekozen en gaat deze groep niet gewoon integraal over naar het Zvw-pgb? Wat is het doel van de herindicatie en wat verwacht de regering van deze herindicaties? Deze leden kunnen zich niet aan de indruk onttrekken, dat hier (net als bij de Wlz) weer sprake is van wantrouwen en het idee, dat mensen voor de lol zorg hebben in plaats van bittere noodzaak. Is de regering bereid om mensen die al tien jaar of langer een indicatie voor verpleging/verzorging hebben uit te sluiten van herindicatie? Het gaat hierbij om mensen met een beperking, die echt nooit beter wordt en deze groep wordt onderhand, terecht, volledig gestoord van al die herindicaties door al die systeemwijzigingen uit «Den Haag». Graag een reactie van de regering.
Voor het bepalen van de omvang van het Zvw-pgb neemt de zorgverzekeraar de mogelijkheden in zijn polisvoorwaarden op. In de bestuurlijke afspraken is daarover opgenomen dat de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar kan verschillen (bijvoorbeeld een maximum toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode of een aantal uren tegen een toereikend tarief). Dit is toch onbestaanbaar, zo vinden deze leden. Het kan toch niet zo zijn, dat je bij de ene zorgverzekeraar meer zorg krijgt, dan bij de andere? Er is in de zorgverzekeringswet toch ook geen verschil in het aantal dagen dat je bijvoorbeeld in het ziekenhuis mag liggen? Verpleging en verzorging is onderdeel van het basispakket en moet dus voor iedereen gelijk zijn.
Daarnaast is gesproken over de mogelijkheid om toezicht te houden op de zorgverleners die, gefinancierd met een Zvw-pgb, zorg verlenen. Voor zover zij vallen onder de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd toezicht te houden. Dat geldt niet voor niet-professionele zorgaanbieders. De Minister van VWS heeft met de NZa gesproken over de wijze waarop dit toezicht vorm krijgt. De NZa neemt dat mee in haar reguliere werkzaamheden. Met het regulerings- en toezichtskader, dat daaraan ten grondslag ligt, maakt de NZa inzichtelijk op welke wijze zij haar toezichtstaken uitvoert. Verdere uitwerking daarvan krijgt vorm in het controleprotocol Zorgverzekeringswet. Beide zijn breder dan alleen het Zvw-pgb. Dit druist volledig in tegen alles waar het pgb voor bedoeld is, zo stellen de leden van de

PVV-fractie, namelijk de vrije keuze van de zorgvrager. De zorgvrager en alleen de zorgvrager is degene die bepaalt of de geleverde zorg van goede kwaliteit is. Het is niet aan de NZa om de kwaliteit van niet professionals te reguleren en te toetsen. Als een kind al jaren de zorg geeft aan een ouder en dat is naar volle tevredenheid van de ouder, dan moet dat leidend zijn en niet een afvinklijstje van de NZa dat bepaalt, dat je voor bepaalde handelingen cursussen en bijscholing moet volgen.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat het met dit wetsvoorstel voorgestelde artikel 13a Zvw inhoudelijk «grotendeels» overeenkomt met de bepaling over het Zvw-pgb zoals deze was opgenomen in wetsvoorstel 33 362. Kan de regering inzichtelijk maken op welke punten het voorliggende wetsvoorstel afwijkt van het bepaalde in wetsvoorstel Kamerstuk 33 362? Wat betekent dit materieel?
Voorts constateren de leden van de D66-fractie dat er bij amvb nader voorwaarden en regels zullen worden gesteld aan het Zvw-pgb. Kan de Kamer de concept-amvb ontvangen zodat deze kan worden betrokken bij de behandeling van onderhavig wetsvoorstel?
De leden van de D66-fractie hechten veel waarde aan de mogelijkheid van het pgb in de Zvw, zoals ook de Kamer heeft uitgesproken in de aangenomen de motie-Bergkamp c.s. (25 657, nr. 99). Voor hen staat daarbij voorop dat het pgb een gelijkwaardig alternatief dient te zijn naast zorg in natura, en niet slechts een alternatief voor gevallen waarin geen passende zorg in natura beschikbaar is. Zij vragen de regering ter zake om een bevestiging. Voorts zijn de hier aan het woord zijnde leden van mening dat de stelselwijziging per 1 januari 2015 er niet toe mag leiden dat ten aanzien van het kunnen voeren van eigen regie mensen er materieel op achteruit gaan. Zij ontvangen echter signalen uit de praktijk waar dit wel degelijk lijkt te gebeuren, bijvoorbeeld een casus waarin een pgb voor verpleging en verzorging onder de Awbz werd toegekend maar nu door de zorgverzekeraar wordt geweigerd. Herkent de regering deze signalen? Zo ja, wat is hiervan de achtergrond? Is de regering het met de leden van de D66-fractie eens dat dit niet de bedoeling kan zijn?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zouden van de regering graag een schematisch overzicht willen ontvangen van de verankering van het pgb in de vier zorgwetten; de Wlz, de Zvw en de Jeugdwet en de Wmo 2015? Deze leden zouden graag in één oog opslag willen zien welke (verschillende) voorwaarden voor het pgb in de vier wetten gelden? Voor welke definitie is gekozen in elke wet?

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering waarom de voorwaarden waaronder mensen sowieso in aanmerking komen voor het pgb, niet zijn opgenomen in de wettekst. Zou dat niet verhelderend werken, zodat er minder verschillen tussen verzekeraars ontstaan? Zou dat het derde lid artikel 13a niet overbodig maken?
De leden van de SGP-fractie vragen zich af of het wenselijk is dat verzekeraars aanvullende voorwaarden en eisen kunnen stellen alvorens een pgb verstrekt wordt. Waarom is hier voor gekozen? Wordt het hiermee niet heel gemakkelijk voor verzekeraars om het pgb praktisch ontoegankelijk te maken? Hoe gaat de regering dat voorkomen?

Het lid van de **50PLUS-fractie** leest op pagina 3 van de memorie van toelichting «Mocht blijken dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, dan heeft de regering de mogelijkheid de voorwaarden nader in te vullen». Er wordt aangegeven dat het instrument vanaf de start goed gemonitord wordt, maar op welke wijze? Kan de regering aangeven wanneer er precies wordt ingegrepen? En wie bepaalt dat?

3. Uitvoering en voorwaarden van het Zvw-pgb

Voor de toegang tot de Zvw-pgb zijn een aantal voorwaarden geformuleerd, zo lezen de leden van de **SP-fractie**. Wat is de verwachting als het gaat om het aantal mensen dat gebruik gaat maken van de Zvw-pgb in 2016, na inwerkingtreding van deze wet? Kan de regering hier inzicht in geven en zijn cijfers onderbouwen?
Er zijn een aantal verschillen tussen de Zvw-pgb en pgb's vanuit andere domeinen, bijvoorbeeld op het gebied van trekkingsrecht. Welke verschillen zijn er nog meer? Hoeveel verschillende verantwoordingsregimes kan iemand die zorg nodig heeft voor de kiezen krijgen? Kan de regering een uitputtend overzicht geven van de verschillen tussen de Zvw-pgb en de pgb's vanuit andere domeinen, zo vragen de leden van de SP-fractie.
Er wordt aangegeven dat er ten aanzien van de weigerings-, herzienings- en intrekkingsgronden een aantal specifieke punten is opgenomen. Wat zijn deze specifieke punten precies? Kunnen deze verschillen per zorgverzekeraar en per verzekerd jaar? Kan de regering de leden van de SP-fractie daar een helder overzicht van geven?
Is de regering bereid de wet aan te passen zodat zorgverzekeraars niet meer het eigen risico van mensen kunnen verrekenen met het verkregen pgb-budget dat bedoeld is voor zorg? Zo neen, waarom niet?
Via Per Saldo vernamen de SP-leden dat zorgverzekeraars in 2016 alleen declaraties kunnen uitbetalen wanneer de AGB codes zijn ingevuld. Knelpunt is dat veel pgb-zorgverleners geen AGB code hebben (omdat zij werken vanuit een arbeidsovereenkomst en/of persoonlijke verzorging bieden). Deze declaraties van budgethouders zullen niet in behandeling worden genomen met alle problemen van dien. Kunnen de codes worden losgelaten? Zo neen, waarom niet en welke oplossing stelt de regering voor?
Verder hebben de SP-leden de vraag of pgb-houders kunnen worden aangeslagen in het kader van het macrobeheersingsinstrument? Zo ja, hoe zal dat in zijn werk gaan? Vindt de regering dit wenselijk?
Klopt het dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen, omdat de zorgvraag korter zou zijn dan één jaar. Zou het niet goed zijn om met als bij intensieve kindzorg en de medisch specialistische verpleging thuis voor kinderen onder de 18 jaar, ook de palliatieve terminale zorg een uitzondering te maken waardoor het pgb een mogelijkheid wordt als alternatief voor zorg in natura?
Klopt het dat de combinatie pgb en zorg in natura een knelpunt blijft? Welke zorgverzekeraars houden deze combinatie af?

De leden van de **CDA-fractie** begrijpen heel goed dat mensen met een persoonsgebonden budget hiermee moeten kunnen omgaan en dat hier regels aan gesteld worden maar de expliciete opmerking dat de budgethouder in staat moet zijn te zorgen voor verantwoorde zorg begrijpen deze leden niet helemaal, graag een toelichting.
Genoemde leden lezen vervolgens dat er wordt gesproken over een wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een ouder) of curator die een Zvw-pgb kan aanvragen en regelen. Deze leden vinden het positief dat de regering op deze manier bemiddelingsbureaus wil uitbannen maar vragen wel wie er nu wel en niet onder valt. De leden van de CDA-fractie geven een voorbeeld en horen graag van de regering of dit bij de inwerkingtreding van het wetsvoorstel nu wel of niet tot de mogelijkheden behoort. Stel een echtpaar, zelfstandig wonend waarvan een van beide dementerend is. Deze persoon staat vervolgens onder bewind bij de andere partner of bij een zoon of dochter. Kan die dementerende persoon nu wel of niet in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget?
Vervolgens stelt Per Saldo in de haar reactie op dit wetsvoorstel dat zorgverzekeraars het onder bewind stellen als voorwaarde opnemen om

in aanmerking te komen voor een pgb? Herkent de regering dit en mag de zorgverzekeraar dit wettelijk gezien wel eisen en wat vindt de regering hiervan?
Bij het lezen van de criteria krijgen de leden van de CDA-fractie de indruk dat deze regering tot doelstelling heeft dat minder mensen gebruik mogen maken van een pgb in de Zorgverzekeringswet. Is de regering het eens met deze stellingname?
In dat kader willen de leden van de CDA-fractie graag van de regering weten hoeveel mensen na de herindicatie hun persoonsgebonden budget gaan verliezen. Vaak beschikken deze mensen al vele jaren over een persoonsgebonden budget. Genoemde leden willen graag weten of na een jarenlange subsidierelatie met de persoonsgebonden budgethouders het persoonsgebonden budget wel op deze manier kan worden beëindigd? Hebben deze pgb-houders niet bepaalde rechten opgebouwd?
Daarnaast is het verstrekken van een persoonsgebonden budget regelmatig ook goedkoper dan het verlenen van zorg in natura. De leden van de CDA-fractie willen graag van de regering weten of het stopzetten van het persoonsgebonden budget leidt tot stijging van de totale zorguitgaven voor de functie wijkverpleging.
De regering schrijft zelf al dat een persoonsgebonden budget niet alleen zorg maar vaak ook ondersteuning en begeleiding omvat. Kan de regering toelichten wat zij hier precies mee bedoelen. Indien een zorgverzekeraar een persoonsgebonden budget waarin ook ondersteuning en begeleiding zit, stopzet en tot zorg in natura beperkt, waar moeten deze mensen dan hun ondersteuning en begeleiding aanvragen. Welke zekerheid hebben deze mensen dat zij hun ondersteuning en begeleiding wel houden?
Per Saldo is van mening dat de aanvullende criteria een te grote drempel opwerpen bij de aanvraag en maken dat er geen sprake is van een gelijkwaardige keuze tussen pgb en zorg in natura. Is de regering het hiermee eens of vinden zij wel dat er sprake is van gelijkwaardigheid tussen een persoonsgebonden budget en zorg in natura? Per Saldo stelt verder dat de voorwaarden rond eigen regie (vaardigheden, bewust keuze gesprek en budgetplan) voldoende criteria zijn om te beoordelen of een verzekerde eigen regie kan voeren. Wat vindt de regering hiervan? Dit is toch een verzwaring van de bestaande voorwaarden die gesteld worden aan een pgb in de Wmo, Wlz en de Jeugdwet? Kan de regering toelichten waarom hiervoor gekozen wordt.
De leden van de CDA-fractie maken zich zorgen over de rol die zorgverzekeraars gaan krijgen voor het verlenen van het persoonsgebonden budget. In de huidige opzet lijkt het erop dat zorgverzekeraars uiteenlopende voorwaarden kunnen hanteren voor het wel of niet verlenen van een persoonsgebonden budget. Waarom kiest de regering er voor om de modaliteit van toekenning van het Zvw-pgb per zorgverzekeraar te laten verschillen?
Waarom is er bij de monitoring niet meegenomen of het gekozen systeem «werkt voor de budgethouder of hij of zij van mening is dat hij voldoende en flexibel zorg in kan kopen? Genoemde leden missen dit in het wetsvoorstel bij de monitoring en zien dit graag opgenomen.

De leden van de **D66-fractie** merken op dat in het akkoord tussen Per Saldo, Zorgverzekeraars Nederland en de regering was afgesproken dat verzekerden voor wie de functiebeperking werd veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» werden uitgesloten van het Zvw-pgb. In het nader rapport lezen zij echter dat de regering deze term uit de toelichting heeft verwijderd, omdat daarmee de suggestie zou kunnen worden gewekt dat «normale verouderingsprocessen» een criterium zou zijn voor de toekenning of weigering van een Zvw-pgb. De leden van de D66-fractie vragen om een nadere toelichting ter zake. Wat betekent dit nu concreet? Zijn functiebeperkingen veroorzaakt door «normale verouderingsprocessen» nu wel of niet uitgesloten van een Zvw-pgb, wat moet

daar dan precies onder worden verstaan en hoe verhoudt dit zich tot het feit dat zorgverzekeraars in hun reglementen deze uitzondering wel maken? Herkent de regering signalen, zoals de hier aan het woord zijnde leden die ontvangen, dat het criterium «normale verouderingsprocessen» in de praktijk leidt tot onduidelijkheid en verwarring en dat zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan? Acht de regering dat wenselijk en wat gaat zij daar aan doen?
De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat voor palliatief terminale zorg geen gebruik kan worden gemaakt van een Zvw-pgb? Waarom niet? Acht de regering dit wenselijk?
De leden van de D66-fractie constateren dat de aanvullende criteria voor de zorgvraag in de praktijk een grote drempel blijken op te werpen bij de aanvraag van een pgb in de Zvw en dat er daardoor er geen sprake is van een gelijkwaardige keuze tussen pgb en zorg in natura. Herkent de regering dit beeld? Deze leden vragen de regering ook om een nadere inhoudelijke toelichting en onderbouwing op de genoemde (vier) criteria. Wat zou het gevolg (kunnen) zijn van het laten vervallen van deze criteria?
De leden van de D66-fractie stellen dat het voor de toegankelijkheid van het pgb wenselijk is dat de voorwaarden van het pgb in de verschillende wetten zo uniform mogelijk zijn. Is de regering dat met deze leden eens? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet? De hier aan het woord zijnde leden vragen de regering in dit kader voorts om de voorwaarden ten aanzien van het pgb in de verschillende wetten (Jeugdwet, Wlz, Wmo 2015 en Zvw) inzichtelijk te maken (bijvoorbeeld in een tabel) en aan te geven waar in de verschillende wetten sprake is van afwijkende en/of aanvullende voorwaarden en wat de achtergrond is van een eventuele afwijkende of aanvullende voorwaarde.
De leden van de D66-fractie constateren dat, ondanks eerdere debatten hierover in de Kamer, het in de praktijk een knelpunt blijkt om het pgb te combineren met zorg in natura. Herkent de regering dit? Acht de regering dit wenselijk en wil zij zorgverzekeraars hierop aanspreken?
De leden van de D66-fractie vragen of het klopt dat de regering voornemens is om in 2016 middelen terug te vorderen bij pgb-houders in het geval het macrobeheersingsinstrument wordt ingezet.
De leden van de D66-fractie ontvangen signalen dat ouders van kinderen met intensieve kindzorg het lastig vinden om de geleverde zorg onder de juiste prestaties te plaatsen. Wil de regering de mogelijkheden en wenselijkheid onderzoeken van een afzonderlijke prestatie «medische kindzorg», waaronder ook begeleiding, kortdurend verblijf en vervoer kunnen worden gedeclareerd?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen welke voorwaarden er worden gesteld aan de modelovereenkomst van de zorgverzekeraar waarin de voorwaarden beschreven staan waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb? De leden van de ChristenUnie-fractie vragen hoe het komt dat mensen die een persoonsgebonden budget binnen de Zvw willen een kleine kans van slagen hebben? Is de regering het met deze leden eens dat zorgverzekeraars niet mogen sturen op zorg in natura? Kan de regering in dit verband een toelichting geven op het woord «desgevraagd» in artikel 13a, lid 1? Blijkt hieruit niet dat zorg in natura voorliggend is, waardoor zorg in natura en een Zvw-pgb niet gelijkwaardig zijn? Waarom heeft de regering hiervoor gekozen?
Per Saldo geeft aan dat zorgverzekeraars klanten afwijzen, omdat verzekerden niet zouden voldoen aan aanvullende criteria. Deze leden zouden graag van de 4 grote zorgverzekeraars in een overzicht willen zien welke aanvullende criteria gelden waaraan een pgb cliënt zou moeten voldoen.
Deze leden ontvangen signalen dat deze criteria veel van elkaar verschillen en daarom zouden deze leden dit graag zelf willen inzien. Kan de regering toelichtingen wat de stand van zaken is van de uitvoering van

de motie Dik-Faber en Voortman (Kamerstuk 34 104, nr. 29)? Deelt de regering de mening van de ChristenUnie-fractie, dat wanneer het Zvw-pgb geldt voor basiszorg, bij elke zorgverzekeraar dezelfde criteria dienen te gelden? Deelt de regering de mening van deze leden dat het Zvw-pgb niet alleen op papier een mogelijkheid moet bieden voor het pgb, maar ook in de praktijk?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen een nadere toelichting op de definitie van een Zvw-pgb zoals deze is weergegeven in artikel 1. Wat wordt er bedoeld met «andere diensten» dan zorg? Kan hiermee ook activerende begeleiding en ontwikkeling mee worden bedoeld? Waarom heeft de regering gekozen voor een «gemaximeerde vergoeding» in de definitie, mede in het licht van artikel 13a, lid 3 onder d.? Is het niet veel beter om te spreken over een «passende» vergoeding?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat in verschillende reglementen staat dat het Zvw-pgb niet bedoeld is voor behoefte aan verpleging en verzorging die wordt veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Wat verstaat de regering onder «normale verouderingsprocessen»? Welke definitie hanteren zorgverzekeraars hiervoor? Waarom willen zorgverzekeraars het verstrekken van een pgb aan ouderen voor wijkverpleegkundige zorg zoveel mogelijk voorkomen? Is de regering het met deze leden eens dat het criterium «normale verouderingsprocessen» niet mag worden gebruikt door zorgverzekeraars? Na het advies van de Raad van State is deze passage uit de tekst verwijderd. Welke aanvullende maatregelen neemt de regering om ervoor te zorgen dat er geen leeftijdsgrens op het Zvw-pgb zit?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of het klopt dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen omdat de zorgvraag korter is dan één jaar. Is de regering het met deze leden eens dat voor zowel Intensive Kindzorg (IKZ), maar ook Medisch Specialistische Verpleging in de Thuissituatie (MSVT) voor jongeren onder de 18 jaar het pgb een volwaardig alternatief moet zijn voor zorg in natura?

De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat ouders die binnen het IKZ regime vallen moeite hebben met declareren. Zij vinden het nog steeds ingewikkeld om de uren van begeleiding onder persoonlijke verzorging te declareren en de uren van tijdelijk verblijf onder verpleging. Wil de regering met Per Saldo om tafel om deze knelpunten te bespreken?

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op, dat in de memorie van toelichting verschillende malen naar de bestuurlijke afspraken met de zorgverzekeraars wordt verwezen. Zij lezen, dat wanneer uit de praktijk blijkt dat de gemaakte afspraken niet voldoende tot uitwerking komen, dat de regering dan de mogelijkheid heeft om nadere regels te stellen. Deze leden zouden graag een toelichting willen op de wijze waarop de invulling van het Zvw-pgb door zorgverzekeraars wordt gemonitord? Wie monitort? Wanneer wordt er gemonitord? Wanneer is voor de regering het moment aangebroken om nadere regels te stellen? Wat wordt er bedoeld met deze bestuurlijke afspraken? Is dit het onderhandelingsresultaat tussen VWS/ Per Saldo en ZN? Indien er andere afspraken worden bedoeld ontvangen deze leden graag de bestuurlijke afspraken waarop wordt gedoeld

De leden van de ChristenUnie-fractie zouden graag een nadere toelichting ontvangen op het uitbetalen van het Zvw-pgb. Hoe werkt dit in de praktijk? In het advies van de Raad van State lezen deze leden dat ervoor gekozen is om niet via de SVB uit te betalen. Waarom heeft de regering er niet voor gekozen om bij de uitvoering van het pgb onder alle wetten één lijn te trekken? Tegelijkertijd ontvangen deze leden wel berichten van cliënten die een pgb uit de Zvw via de SVB ontvangen. Graag een reactie. Klopt het dat de SVB pas een pgb-zorgverlener kan uitbetalen nadat de loonstrook is goedgekeurd door de zorgverzekeraar? Deze leden vragen zich of dit niet omslachtig is. Het is toch zo dat de SVB deze controlerende taak dient te hebben en niet de zorgverzekeraars? Is de regering het met deze leden eens dat dit ervoor zorgt dat zorgverleners, die werken voor

cliënten die hun budget krijgen vanuit de zorgverzekeringswet, onnodig lang op hun salaris moeten wachten? Deelt de regering de mening dat voor deze zorgverleners een oplossing dient te komen?
De leden van de ChristenUnie-fractie begrijpen dat er problemen zijn rondom de zogenaamde AGB-codes bij de declaraties van zorgverleners die zorg leveren vanuit het pgb. Kan de regering deze problemen nader toelichten? Deelt de regering de mening van Per Saldo dat het beter is wanneer de AGB codes voor het Zvw-pgb worden losgelaten?

De leden van de **GroenLinks-fractie** zijn groot voorstander van een pgb-mogelijkheid in alle zorgwetten, zodat mensen ook echt de eigen regie kunnen voeren over hun zorg. Wat genoemde leden betreft hoort de toegankelijkheid van de pgb-regeling in alle zorgwetten zoveel mogelijk gelijkwaardig te zijn en zo laagdrempelig mogelijk. Met name over de toegankelijkheid van het pgb in de Zorgverzekeringswet maken deze leden zich zorgen. Wat is de reactie van de regering op de zorgen van budgethoudersvereniging Per Saldo over de aanvullende voorwaarden die zorgverzekeraars stellen en dat mensen die al jaren zorg regelen via een pgb, nu door zorgverzekeraars daarvoor worden afgewezen. Deelt de regering de mening dat als er al aanvullende voorwaarden door zorgverzekeraars worden gesteld, deze zo min mogelijk belemmering zouden moeten opleveren voor budgethouders? Is de toegankelijkheid van het pgb in de Zorgverzekeringswet door deze aanvullende criteria niet strikter geregeld dan in de andere zorgwetten? Is de regering bereid de toegankelijkheid van het pgb in de Zorgverzekeringswet nadrukkelijk te monitoren, zoals de door afzonderlijke zorgverzekeraars gehanteerde criteria en de ervaringen van (aspirant)pgb-houders met de toegankelijkheid van het Zvw-pgb? Bent u bereid de vraag van Per Saldo, om de aanvullende criteria uit de memorie van toelichting te halen, te overwegen?
De leden van de GroenLinks-fractie maakt zich zorgen over de mogelijkheden voor de combinatie van het pgb met zorg in natura. Is de regering met de leden van de GroenLinks-fractie van mening dat die combinatie in de zorgverzekeringswet ook mogelijk moet zijn, net als bij zorg op basis van andere wetten? Wat is de reactie van de regering op het signaal van Per Saldo dat niet alle zorgverzekeraars nu die mogelijkheid bieden?
Wat is uw reactie op de zorgen van Per Saldo met betrekking tot mogelijke terugvordering bij pgb-zorgverleners in het kader van het macrobeheersingsinstrument (MBI)? Zijn er mogelijkheden om pgb-zorgverleners van dit MBI uit te sluiten en is de regering daartoe bereid?
De leden van de GroenLinks-fractie constateren dat voorliggend wetsvoorstel op een aantal onderdelen nog verder uitgewerkt zal worden in een amvb. Is de tekst van die amvb al
bekend? Is de regering bereid deze voor inwerkingtreding met de Kamer te delen?

De leden van de **SGP-fractie** ontvangen signalen van budgethouders dat zij een afwijzing voor het Zvw-pgb hebben gekregen, omdat zij niet zouden voldoen aan de aanvullende criteria (onplanbare zorg, vaak zorg nodig op wisselende momenten). Wanneer verzekerden het pgb niet meer krijgen toegekend, levert dit vaak knelpunten op in de individuele situatie op om passende zorg georganiseerd te krijgen. Kan de regering erop reflecteren of deze aanvullende criteria een te grote drempel opwerpen bij de aanvraag? Zou niet veel beter ingestoken kunnen worden op de voorwaarden rond eigen regie (vaardigheden, bewust keuzegesprek en budgetplan) om te beoordelen of een pgb toegestaan wordt?
De leden van de SGP-fractie hebben vernomen dat verzekerden met palliatief terminale zorg (PTZ) geen Zvw-pgb kunnen krijgen, omdat de zorgvraag korter is dan één jaar. Vindt de regering dit met de leden van de SGP-fractie onwenselijk? Hoe zorgt de regering ervoor dat zowel IKZ, maar ook MSVT voor jongeren onder de 18 jaar en PTZ als bijzondere

groepen aangemerkt worden, waarin het pgb een volwaardig alternatief is voor zorg in natura?

Het lid van de **50PLUS-fractie** leest op pagina 4 van de memorie van toelichting dat er criteria genoemd worden waaraan men moet voldoen om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. In de schriftelijke vragenronde naar aanleiding van de bestuurlijke afspraken is dit vraagstuk ook al aan bod gekomen, maar de antwoorden waren onvoldoende duidelijk. Was het niet verstandiger geweest om de criteria in meetbaarder vorm te gieten? Geeft dit niet het risico op veel discussie een (ongewenste) uitsluiting van verzekerden van het Zvw-pgb? Geeft dit verzekeraars niet teveel vrijheid/macht in het al dan niet toekennen van een Zvw-pgb? Genoemde lid vraagt hoe verschillend deze criteria worden ingevuld. Betekent dit dat mensen die eenmaal of tweemaal per dag verzorging nodig hebben (bij aan- en uitkleden bijvoorbeeld) niet in aanmerking komen voor een pgb? Dan gaat het niet om wisselende of ongebruikelijke tijdstippen, is goed in te plannen, is niet 24 uur per dag beschikbaar in de nabijheid en ook de noodzaak voor vaste hulpverleners is er minder (hoewel dit vaak wel wenselijk wordt geacht). Er is immers een substantieel aantal mensen dat een dergelijke, relatief voorspelbare, vorm van verzorging of verpleging nodig heeft. Komen zij nog in aanmerking voor het pgb? Hoe staat dit in relatie tot de gewenste keuzevrijheid? Graag een toelichting van de regering op deze vragen en op de redenen van de keuze voor deze criteria.
Het lid van de 50PLUS-fractie heeft diverse voorbeelden van klantonvriendelijke communicatie van zorgverzekeraars omtrent de afwijzing van een pgb-aanvraag ontvangen. Zo wordt gesteld dat de klant niet aan één van de vier criteria voldoet, maar wordt niet nader gespecificeerd welke voorwaarde dit is en waarom. Is dit de regering bekend? Is de regering bereid in gesprek te gaan met zorgverzekeraars om te bezien hoe dit verbeterd kan worden?

4. Fraudetoets

Bepaalde partijen constateren dat met de voorgestelde artikelen binnen de systematiek van de Zvw extra waarborgen voor de fraudebestendigheid zijn ingebouwd. Wie zijn deze partijen, zo vragen de leden van de **SP-fractie**. Welke partijen waren uitgenodigd voor en / of hebben deelgenomen aan de genoemde expertmeeting op dit onderwerp? Wat zijn precies die ingebouwde waarborgen, kan de regering daarvan een helder overzicht geven? De toegenomen fraudebestendigheid blijkt wel tot gevolg te hebben dat de uitvoering van de strafrechtelijke vervolging in geval van geconstateerde fraude ingewikkelder zal zijn. Dit is dan toch een zeer ongewenst effect, zo stellen de leden van de SP-fractie. Wat zijn de mogelijkheden om dit te voorkomen? Fraude plegen wordt moeilijker, maar diegene die daarin toch slagen, juist de gewiekste malafide-bureautjes, mogen toch geen strafvervolging ontlopen? Welke andere instrumenten kunnen allemaal ingezet worden, en kan de regering aangeven of er nog wel voldoende mogelijkheden zijn om daadwerkelijk bewust gepleegde fraude met het Zvw-pgb te bestraffen?
Kan de regering toezeggen dat er bij gerede vermoedens van fraude en de wil van zorgverzekeraars om bij een bemiddelingsbureau of zorgaanbieder een inval te doen, dat de NZa dan altijd mee gaat ten einde bewijsmateriaal veilig te stellen? Erkent de regering dat als een zorgverzekeraar een malafide organisatie in het vizier heeft en zij gericht gegevens gaat uitvragen of vragen over de rechtmatigheid gaat stellen, dat degene die onder het vergrootglas ligt alle tijd en ruimte heeft om bewijsmateriaal te verdoezelen. Dat is niet het geval als de NZa altijd meegaat en uit hoofde van haar toezichthoudende taak op de Wmg en de Zvw bewijsmateriaal kan veilig stellen. Kan de regering hier op reageren?

Het is de leden van de **CDA-fractie** nog niet helemaal duidelijk of de het uitsluiten van ouderen met normale ouderdomsprocessen voor een pgb is komen te vervallen. De regering schrijft dat er geen leeftijdsgrens zal worden gehanteerd. Het niet-hanteren van een leeftijdsgrens is echter iets anders dan het verstrekken van een persoonsgebonden budget aan mensen die enkel en alleen met normale verouderingsprocessen te maken hebben. Graag willen de leden van de CDA-fractie nog een nadere toelichting van de regering hebben. Klopt het dat mensen met normale ouderdomsverschijnselen nu wel recht op een persoonsgebonden budget hebben? Betekent dit dat een persoon met dementie dan wel alzheimer een persoonsgebonden budget krijgt?
De leden van de CDA-fractie zouden het positief vinden als het persoonsgebonden budget ook beschikbaar komt voor ouderen met normale ouderdomsverschijnselen. Genoemde leden vragen echter wel of zorgverzekeraars daarna als aanvullende voorwaarde kunnen opnemen dat ze geen persoonsgebonden budget verstrekken voor mensen met normale ouderdomsverschijnselen. Als dit mogelijk is, wat vindt de regering hiervan?
Deze leden vragen of de budgethouder de flexibiliteit van het budget kan behouden. De ene maand is er bijvoorbeeld meer budget nodig dan de andere maand, omdat de zorgvraag door de beperking wisselt. Vindt de regering dat hier voldoende rekening mee is gehouden in dit wetsvoorstel?
De leden van de CDA-fractie willen graag ook van de regering weten hoe de zorgverzekeraars omgaan met het medisch beroepsgeheim als mensen met ggz-problematiek een persoonsgebonden budget aanvragen voor wijkverpleging. Welke medisch inhoudelijke informatie moeten aanvragers van een persoonsgebonden budget aan de zorgverzekeraar geven? Aan welke wettelijke grenzen moeten zorgverzekeraars zich houden?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** horen van Per Saldo dat het zogenaamde «bewust keuzegesprek» erg belangrijk is. Klopt het dat slechts enkele zorgverzekeraars deze bewuste keuzegesprekken ook voeren met cliënten? Vindt u het ook van belang dat dit gesprek breder gevoerd wordt? Op welke manier kan dit onderdeel uitmaken van het uitvoeren van het Zvw-pgb?

Het lid van de **50PLUS-fractie** leest op pagina 6 van de memorie van toelichting dat er tussen de partijen overeenstemming is bereikt over de uitleg van de gewraakte passage dat verzekerden met functiebeperkingen veroorzaakt door normale verouderingsprocessen, werden uitgesloten van het Zvw-pgb. Mits voldaan wordt aan de op pagina 4 van de memorie van toelichting genoemde inhoudelijke voorwaarden, zullen ouderen in aanmerking kunnen komen. Vanwaar kunnen komen? Wordt er dan nog een extra voorwaarde gesteld? Is de genoemde overeenstemming vastgelegd? Zo ja, op welke wijze en waar? Zo nee, waarom niet?

5. Gevolgen voor de regeldruk

Bij de regeldruk stelt de regering dat dit afhangt van de regels die zorgverzekeraars en gemeenten stellen. Dit vinden de leden van de **CDA-fractie** een wat gemakkelijk antwoord. De regering heeft toch een wetsvoorstel Wmo 2015 naar de Kamer gestuurd waar het traject om in aanmerking te komen voor een voorziening danig uitgebreid is dat leidt voor de gemeente tot een toename van administratieve lasten ongeacht wel of geen toekenning van het pgb. Daarbij wordt er niet gerept over de administratieve lastendruk voor burgers die zorg gebruiken? Wat denkt de overheid, is die lastendruk het afgelopen jaar gestegen of gedaald? Wat vindt de overheid hier van?

6. Artikelsgewijs

Artikel 13a

In het artikel wordt het woord «desgevraagd gebruikt. Betekent dit dat de zorgverzekeraar niet actief hoeft te communiceren over de mogelijkheid om een pgb aan te vragen», zo vragen de leden van de **CDA-fractie**?

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp